Rok XLI. Kraków 27 Grudnia 1902. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem R. Dw. Prof. Dra H. Jordana.

Przypadek wycięcia macicy z powodu zakażenia[1]).

Opisał

Dr. Bruno Wojciechowski,

asystent kliniki.

Leczenie gorączki połogowej jest jednem z najważniejszych i najbardziej zawikłanych zadań praktycznego położnictwa. Trudności polegają na wielkiej rozmaitości, jaka zachodzi pomiędzy pojedynczymi przypadkami co do chwili powstania (w czasie ciąży, czy porodu, — we wczesnym okresie ciąży lub jej końcu), rodzaju zakażenia (paciorkowce, gronkowce, pneumokoki, prątek okrężnicy i t. d.) i jego siły, wreszcie co do stanu ogólnego chorych. Mimo tak licznych znanych sposobów leczenia, coraz to nowe torują sobie drogę, zjawisko, które dowodzi dostatecznie małej skuteczności stosowanych poprzednio środków.

Pomijając leczenie ogólne i miejscowe, przystępuję od razu do przedstawienia w kilku słowach leczenia operacyjnego wogóle, nawiązując rzecz do przypadku leczonego w maju b. r. metodą operacyjną w klinice krakowskiej.

We wczesnym okresie zakażenia, t. j. w pierwszych kilku dniach, stosują się przeważnie różne sposoby leczenia miejscowego i ogólnego. W razie widocznej bezskuteczności tego sposobu postępowania pozostaje zabieg doszczętny, t. j. całkowite wycięcie macicy zakażonej, którą to operacyę niektórzy dla zyskania drogiego czasu radzą wykonywać jak najwcześniej, nie bawiąc się wcale w bezsilne często leczenie miejscowe i ogólne. Prawie wszyscy zaznaczają przytem niezmierną wyższość operowania przez pochwę nad operacyą drogą laparotomii, — co nader łatwo można sobie wytłómaczyć. Stosownie do zmian, stwierdzonych w czasie operacyi, przydatki pozostawia się lub usuwa wraz z macicą.

O ile we wczesnym okresie dają się już wyśledzić objawy, przemawiające za będącą w zarodku sprawą zapalną w zatoce Douglasa lub wśród blaszek więzadła szerokiego, radzą niektórzy n. p. v. Winckel, otwarcie od dołu jamy Douglasa, względnie odpowiedniego więzu szerokiego i wydrenowanie, jako operacyę zapobiegawczą i umiejscowiającą sprawę chorobową.

W późniejszych okresach zakażenia choroba przebiega rozmaicie. W przypadkach pomyślnych ogranicza się do tkanki przymacicznej, względnie do otrzewnej miedniczej lub dolnej części brzucha i w tych miejscach następują wysięki, które przechodzą często wcześniej lub później w zropienie.

[1]) Przyp. omówiony na posiedz. Tow. lek. krak. w d. 25. VI. 1902.

Przypadki takie wytwarzają wskazanie do rozlicznych zabiegów operacyjnych, prowadzących po najmniej niebezpiecznej, najpewniejszej i najkrótszej, a często wskazanej przez samą przyrodę drodze, do opróżnienia ropni połogowych. Tu znowu dążymy o ile możności do operacyi drogą pochwy, gdyż ze sposobem tym rywalizować nie może nawet tak niewinne, jakby się zdawało, cięcie Bardenheuera, ze względu na możliwość powstania w tem miejscu przepukliny, jako też otwarcia wolnej jamy otrzewnowej. Mając na względzie bardzo rozmaite umieszczenie ropni połogowych w podbrzuszu, sposoby postępowania operacyjnego w tym okresie są nader liczne i w każdym nieomal przypadku muszą być osobno obmyślane, względnie modyfikowane. O nich tu mówić nie będziemy. Dodać tylko należy, że ropnie połogowe, usadowione w trąbce lub jajniku, wymagają całkowitego usunięcia schorzałych przydatków, gdzie to tylko technicznie się udaje. Występujemy więc właściwie w tym okresie już nie tyle przeciw samemu zakażeniu, ile raczej przeciw odległym jego następstwom w razie samodzielnego ograniczenia się sprawy. W przypadkach, gdzie proces zapalny nie miał skłonności do ograniczenia się i przyszło do ogólnego zapalenia otrzewnej, stosowano z mało dotąd pocieszającymi wynikami laparotomię z przepłókaniem lub bez tegoż i z wysączkowaniem jamy otrzewnowej. Wreszcie wykonywano również wycięcie macicy w przypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej, ropnicy i posocznicy, gdzie inne sposoby leczenia okazały się bezskutecznymi, a macica ciągle jeszcze stanowiła ognisko zakaźne, — w nadziei, że przez to ułatwi się ustrojowi samoobronę. Posługiwano się przytem, stosownie do przypadku, operacyą Porry, lub też całkowitem wycięciem macicy przez pochwę lub drogą laparotomii. Wynik rzadko kiedy bywa pomyślny [2]). Doświadczenie, nabyte przy sekcyach, gdzie w przypadkach ropnicy połogowej znajdowano zakaźne i zropiałe zakrzepy w żyłach macicznych, zkąd sprawa się uogólniała i sprowadzała wreszcie zejście śmiertelne, naprowadziło na myśl podwiązywania względnie wycinania w takich razach żył: żyły macicznej, względnie podbrzusznej i nasiennej. Sposób ten, teoretycznie znakomicie obmyślany, zbyt rzadko był dotąd stosowany, by o jego praktycznej wartości wogóle mówić można. Freund stracił 2, Bumm 3 przypadki, Trendelenburg zaś ma jeden przypadek szczęśliwy, gdzie po bezskutecznem podwiązaniu prawej żyły podbrzusznej podwiązał żyłę nasienną po tejże stronie, — poczem ustały dreszcze i nastąpiło zupełne wyleczenie. Zdaje się, że na dobry wynik liczyć można na pewne tylko wówczas, gdy zakrzep zakaźny nie posunął się

[2]) W Klinice krakowskiej operowano szczęśliwie przed 2 laty sposobem Porry przypadek ogólnego zapalenia otrzewnej w czasie porodu z płodem zmacerowanym.

poza granicę, w której operacya ze względów technicznych i anatomicznych jest jeszcze wykonalną.

Przypadek nasz przedstawia się, jak następuje:

Przed kilku tygodniami zawezwał jeden z kolegów do chorej gorączkującej lekarza klinicznego, który przybywszy na miejsce o godzinie 6-tej rano, dowiedział się od obecnego kolegi, że chora, mężatka, lat 42 licząca, obarczona siedmiorgiem dzieci, pozostając w złych warunkach materyalnych, jest obecnie w IV-tym miesiącu ciąży. Od 2-ch dni już czuła się pod wieczór osłabioną, a dnia poprzedniego zauważyła lekką gorączkę. ostatniej zaś nocy wystąpił około północy silny dreszcz, ciepłota 41·6 (stwierdzona przez lekarza), tętno drobne, nie dające się policzyć, poty, zajęcie częściowe sensoryum.

Dalsze wywiady pozwoliły na dobrze uzasadnione przypuszczenie, że mamy do czynienia z próbą sztucznego poronienia.

Chora jest budowy i odżywienia lichego, szczyty płuc ma zajęte sprawą dawną, język podsychający, ciepłota 37·9, tętno 120 słabo napięte, podniecenie psychiczne, śledziona większa, niebolesna, IV-ty miesiąc ciąży; przy badaniu wewnętrznem stwierdzono stan, odpowiadający ciąży, śluz różawawo zabarwiony, wręb dawniejszego pochodzenia na wardze tylnej, nieznaczna tkliwość sklepienia prawego. Rozpoznanie: *sepsis post tentationem abortus artificialis*. Przedstawiwszy rodzinie ciężki stan chorej, polecono przewieść ją natychmiast do kliniki, dokąd też w południe przybyła. Tu stan rzeczy przedstawił się wcale odmiennie: ciepłota spadła do 37·0, tętno zaś do 104; stan ogólny stał się zupełnie dobry, sensoryum wolne, język wilgotny. Badanie narządów płciowych dało ten sam wynik, jak rano. Uderzał więc tylko niestosunek między ciepłotą a tętnem. Podano chorej brom i wzięto się zaraz do badania krwi na plasmodya, jakoteż do badania bakteryologicznego krwi, i wydzieliny z szyi macicznej.

O godzinie 4-tej popołudniu wystąpił bardzo silny dreszcz, ciepłota podniosła się do 40·7, tętno 140, miękkie, niepokój, oczy połyskujące, ból głowy, wypieki.

Ciężkie zakażenie nie ulegało wątpliwości wobec wywiadów, powtórnego ujemnego wyniku badania na plasmodya i obrazu klinicznego. To też uwzględniając 1° wywiady przemawiające za *tentatio abortus artificialis;* 2° obraz bardzo ciężkiego zakażenia, wreszcie 3° stan płuc liczba (7) żyjących dzieci i wiek chorej, postanowiono pominąć środki połowiczne i przystąpiono o godz. 6 popołudniu do wycięcia macicy, aby w ten sposób usunąć źródło zakażenia ustroju, zanim się sprawa uogólni. W chwili przystąpienia do operacyi czynność porodowa już się była rozpoczęła tak, że po przebiciu pęcherza płodowego wydostano płód częściowo kleszczykami, przyczem odpływały mocno cuchnące wody. Zmniejszoną w ten sposób macicę przestrzykano obficie solweolem, poczem wycięcie szło typowo, a wytoczenie całego trzonu przez sklepienie przednie nie natrafiło na trudności. Na więzadła założono kleszczyki.

Preparat przedstawia macicę połogową z łożyskiem, umieszczonem dość nizko na tylnej ścianie. Przy dolnym brzegu łożyska na dużej przestrzeni zielony nalot, silnie cuchnący. W tem też miejscu uszkodzenie powierzchowne doczesnej (sprawione prawdopodobnie narzędziem, wprowadzonem w celu przebicia pęcherza). Tylna ściana trzonu grubsza, obrzękła i więcej przekrwiona, niż przednia. Z szyi, wód płodowych i łożyska wyhodowano gronkowca wielkiej żywotności. Z krwi nic nie otrzymano. W przebiegu pooperacyjnym nazajutrz już cieplota spadła do stopnia prawidłowego, tętno do 60; po 48 godzinach zdjęto kleszczyki; w ciągu pierwszego tygodnia stan bezgorączkowy w 2-gim tygodniu podgorączkowy (w czasie oddzielania się kikutów). Po 20-tu dniach pacyentka opuściła klinikę.

Wycięcia macicy dla leczenia gorączki połogowej dokonywali najczęściej lekarze angielscy i amerykańscy. Piśmiennictwo obejmuje dotąd kilkadziesiąt przypadków, z których nie wszystkie wytrzymują krytykę. I tak Tuffier ogłasza na 35 przyp. 20 wyleczeń, a Bonami na 31 przypadków 20 wyleczeń. Obszerniejsze 3 prace w tej sprawie pochodzą z pod pióra Prochownicka, który w piewszych dwóch szuka teoretycznych wskazówek i wróży zabiegom chirurgicznym, wykonanym dość wcześnie, wielką przyszłość w leczeniu gorączki połogowej wobec bezradności innych sposobów leczenia w ciężkich przypadkach zakażenia; w ostatniej zaś pracy przytacza 5 własnych przypadków, z których 2 właściwie odpadają z powodu innych powikłań, zniewalających do operacyi (rozpad włókniaka i *mola destruens).* W 3-im przypadku *abortus artificialis;* już w pierwszych dniach znaleziono paciorkowce we krwi; wykonano wycięcie macicy ze skutkiem dodatnim. W 4-ym przyp. *abortus septicus (artificialis?);* jak długo Pr. wykrywał tylko gronkowce, czekał, rozpoznając gorączkę gnilną *(sapraemia);* 18-go dnia wystąpiły paciorkowce we krwi; wyłuszczenie macicy nastąpiło po miesiącu, a zakończyło się zejściem śmiertelnem. W 5-tym przypadku *abortus septicus* (zakażenie przeniesione przez lekarza); leczenie miejscowe bezskuteczne; 6-go dnia paciorkowce we krwi; 7-go dnia wyłuszczenie macicy, po 36-ciu godzinach śmierć.

Zdaniem P., te tylko przypadki nadają się bezwarunkowo do wycięcia macicy, w których po bezskutecznem leczeniu miejscowem pojawią się we krwi paciorkowce (wydzielina z pochwy i szyi, zdaniem jego, nie rozstrzyga). Sądzi więc, że badanie bakteryologiczne, tak jak w jego przynajmniej przypadkach się zdarzyło, stanowić powinno podstawę do wycięcia macicy. Szczególnie odnosi się to do poronienia sztucznego i do przypadków powikłanych rozpadem guzów lub zatrzymaniem łożyska gnijącego. Zresztą leczył w 1-ym tygodniu zachowawczo, w 2-gim miejscowo, a dopiero w 3-cim ewentualnie operacyjnie. Czy znaczenie rozstrzygające badania bakteryologicznego krwi zdoła się utrzymać, tego Pr. nie chce przesądzać.

Na uzasadnienie naszego sposobu postępowania w przypadku opisanym przytoczę głównie 2 czynniki: 1) obraz kliniczny, świadczący niechybnie o niezwykle ciężkiem zakażeniu; 2) wywiady, dozwalające na uzasadnione przypuszczenie, że tu miało miejsce poronienie sztuczne. Źródło zakażenia leżało na pewno w macicy, a powstało, jak łatwo się domyśleć, przez nieumiejętne wprowadzenie jakiegoś brudnego narzędzia w celu przebicia pęcherza płodowego, narzędzia kaleczącego, jak się później pokazało, ścianę macicy i łożysko. Że z krwi nic nie wyhodowano, to mogło nas tylko zachęcić do operacyi i żywić nadzieję dobrego jej wyniku. Że zaś później z szyi i wód wyhodowano tylko gronkowca, to również nie osłabia trafności naszego postępowania, gdyż najpierw może gronkowiec sam sprowadzić śmiertelne zakażenie, a nadto nie jest wykluczona obecność zakażenia mięszanego, niewykrytego z powodu niezupełnie udanego szczepienia. W każdym razie okoliczność ta musi wobec sztucznego poronienia zejść na plan drugi, gdyż przypadki te slusznie zdaniem wielu autorów powinny zajmować odosobnione stanowisko.

W naszym przypadku na ostateczną decyzyę wpłynął wiele także ten wzgląd, że mieliśmy przed sobą kobietę 42-letnią, matkę siedmiorga dzieci, obarczoną nadto naciekiem płuc.

Uznając w zupełności wielką doniosłość badania bakteryologicznego wówczas, gdy daje jakiś pewny wynik, sądzę, że Prochownick idzie zbyt daleko w swoich żądaniach pod tym względem i że wyczekiwanie chwili, kiedy paciorkowce dają się wyhodować ze krwi, aby się wówczas dopiero zdecydować na zabieg operacyjny, musiałoby wogóle leczenie operacyjne podkopać, — gdyż w tym okresie zaka-

żenie jest już tak uogólnione, że operacyą najczęściej zakażenia się nie przełamie. To też wydaje się wielce prawdopodobnem, że w przypadkach 4-tym i 5-tym mógłby mieć P. nadzieję wyleczenia przez operacyę, gdyby nie czekał na pojawienie się paciorkowców we krwi, co stwierdzono dopiero raz dnia 18-go, drugi raz 6-go choroby.

Na dobre wyniki leczenia ciężkiego zakażenia przez wycięcie macicy liczyć można naszem zdaniem tylko we wczesnych okresach zakażenia. Aby zaś nie nadużywać leczenia operacyjnego, należy w każdym przypadku rozważyć jak najsumienniej wszelkie szczegóły przemawiające za i przeciw.

W razie, gdy badanie bakteryologiczne wskazuje na zakażenie gnilne *(sapraemia)*, do szybkiego wyleczenia prowadzi zazwyczaj energiczne leczenie miejscowe, więc opróżnienie macicy i przestrzykanie; leczenie chirurgiczne winno być zarezerwowane tylko na przypadek nieskuteczności leczenia miejscowego. Wykazanie niezbite paciorkowców w jamie macicznej przechyla tem bardziej szalę na stronę leczenia operacyjnego w przypadku ciężkiego i świeżego zakażenia, im więcej kto przejęty jest słusznością zapatrywań przeważnej części nowych badaczy, nie dozwalających w takich razach na żadne energiczniejsze leczenie miejscowe. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przez usuwanie zakrzepów i otwieranie nowych dróg krwionośnych i chłonnych, sprowadza się łatwo przerwanie wału ochronnego, jaki ustrój usiłuje sobie stworzyć i rozszerza się sprawę zakaźną.

Na szczególne uwzględnienie zasługują objawy kliniczne zakażenia, świadczące o jego sile i stopniu (wysokość ciepłoty, liczba i jakość tętna, stosunek między tętnem a ciepłotą, zajęcie sensoryum i t. d). Objawy niezwykle ciężkiego zakażenia usprawiedliwiają, po uwzględnieniu wszystkich szczegółów danego przypadku, szybkie zdecydowanie się na najradykalniejszy sposób postępowania. Że wiek chorej, liczba żyjących dzieci w rachubę wciągnięte być winny, rozumie się samo przez się. Trudniejszem i ostrożniejszem musi być postanowienie, jeżeli idzie o kobietę młodą, niż wówczas, gdy chora życie płciowe już kończy.

W przypadkach późniejszego ogólnego zakażenia w postaci ropnicy lub posocznicy wycięcie macicy może być wówczas tylko wskazane, gdy się stwierdzi na pewno, że w niej tkwi ciągle jeszcze dalsze źródło zakażenia, — gdyż leczenie miejscowe bywa wówczas, jak już wspomniałem, wprost przeciwwskazane i nie prowadzi do celu; wycięcie zaś macicy usuwa główne źródło, z którego świeże nawały zakażenia wciąż napływają i ułatwia w ten sposób ustrojowi walkę i samoobronę. Lecz pamiętać też przytem należy, że wobec braku zlepów lub wskutek rozerwania świeżych zlepów zabieg może mieć wpływ wprost zgubny, zakażając dotąd wolną otrzewnę.

Przypadki sztucznego zbrodniczego poronienia zasługują na zupełnie odrębne i uprzywilejowane stanowisko w tej sprawie. Niepewność rodzaju i rozmiarów zakażenia, często ponadto, gdy chodzi o ciążę jeszcze utrzymaną, trudności rozwiązania obok ciężkich objawów klinicznych nakazują chwytać się środków, prowadzących w jak najkrótszym czasie i jak najpewniej do celu, — a środkiem takim jest jedynie szybkie wycięcie macicy.

Doświadczenie poucza zresztą, że zakażenia, powstałe wśród zbrodniczych usiłowań przerwania ciąży, a więc dokonanych przeważnie przez chore same, lub inne osoby, nie znające i nie stosujące najprostszych zasad postępowania beznilnego, przybierają najczęściej groźną postać i prowadzą nie rzadko do zejścia śmiertelnego.

Z teoretycznego punktu widzenia nie da się wcale zaprzeczyć, że postępując według tych wskazówek, wytnie się zapewne od czasu do czasu jakąś macicę, t. j. wykona się operacyę ciężką i kaleczącą tam, gdzie może przy leczeniu miejscowem lub ogólnem zdołałoby się również chorą uratować. Lecz sądzę, że ginekolog, postępujący tak radykalnie, znajdzie w oczach trzeźwo patrzących tak samo usprawiedliwienie, jak znajduje je n. p. chirurg, który usuwa niekiedy niepotrzebnie sutek, w którym podejrzywa tylko rozwijający się nowotwór złośliwy. Szczęśliwie wyleczone przez operacyę przypadki ciężkiego zakażenia przewyższą znakomicie stratę, jaka się tu i owdzie może przydarzyć przez zbyteczne nieraz usunięcie tak ważnego narządu.

Czcigodnemu szefowi memu, R. Dw. Prof. Dr. H. Jordanowi, składam podziękowanie za pozwolenie ogłoszenia przytoczonego przypadku.

II. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

O włókniakach nerwowych wielokrotnych skóry *(neurofibroma cutis multiplex)*. Przyczynek kliniczny i histologiczny.

Podał
Dr. Franc. Krzyształowicz,
docent dermatologii Uniw. Jag.

(Dokończenie).

Z całego tego obrazu anatomicznego wnioskowaćby można o sposobie powstania tego rodzaju nowotworów. Zastrzedz się jednak muszę, że nie chcę tu mówić o tworach powstałych na mniejszych lub większych pniach nerwowych, — o tworach, których związek z nerwami już makroskopowo wykazać się daje, — z takimi bowiem w naszym przypadku się nie spotkałem, a pragnę z obrazu histologicznego opisanych poprzednio nowotworów, leżących w właściwej skórze, wyciągnąć wnioski co do sposobu ich powstawania.

Przedewszystkiem zatem rozstrzygnąćby trzeba, czy nerwy mają w tym razie to znaczenie, które im przypisywał Recklinghausen, czy one lub ich osłonki są punktem wyjścia nowotworu? Jeżeli uprzytomnimy sobie obecność nerwów w nowotworze, nawet pozornie w większej ilości, niż w skórze otaczającej, — obecność i całych wiązek i pojedynczych włókien, dalej stosunek ich do otaczającej nowowytworzonej tkanki guzka, — nie wydaje się mi zbyt śmiałem twierdzenie (zgodne ze zdaniem Recklinghausena), że tkanka między włóknami nerwowemi, a najprawdopodobniej i tkanka łączna, otaczająca wiązki, zaczyna na pewnem miejscu w skórze bujać, a rozrastając się, rozsuwa pojedyncze włókna nerwowe. Tkanka, wytwarzająca się w skórze wokoło i między nerwami zajmuje coraz większy obszar, rozsuwa tkankę klejorodną, a z czasem wytwarza nawet jakby otoczkę wokoło nowotworu, oddzielającego się przez to coraz wyraźniej od otoczenia. Dlatego w tworach drobnych widać na brzegu jeszcze cienkie wiązki tkanki klejorodnej i włó-

-kna elastyczne, podczas gdy w guzkach większych wyraźna jest wokoło nowotworu otoczka.

Za tem twierdzeniem, że takie włókniaki pochodzą z osłonek nerwowych, przemawia z obrazu histologicznego i rodzaj tkanki, stanowiącej guzek, — tkanki złożonej z komórek tkanki łącznej różnego kształtu, różniącej się od ziarniny brakiem komórek plazmatycznych i ciałek wysiękowych, — jakoteż tym nader ważnym szczegółem, że mimo długiego trwania tkanka nowotworu prawie zupełnie się nie zmienia.

Obok tych komórek istnieje jeszcze wśród guza duża ilość komórek ziarenkowatych *(Mastzellen)*, o których wspomniałem powyżej, że są duże i zazwyczaj kształtu owalnego. Na obecność tych komórek zwrócił uwagę pierwszy Unna, który podał również bardzo dokładny ich obraz. Wokoło komórek ziarenkowatych, najczęściej dwakroć większych, niż zazwyczaj, spostrzegał U. otoczkę tak barwiącą się czerwono, jak ziarenka komórek (przy użyciu błękitu metylowego Unny i mieszaniny gliceryny z eterem), ale nie mającą budowy ziarnistej, lecz siatkowatą, o nader cieniutkich nitkach. Badanie przy silnem powiększeniu stwierdza ten szczegół na wielu komórkach, jakoteż niesymetryczność tej obwódki, która leży zazwyczaj tylko po jednej stronie komórki.

Dla zbadania, czy komórki te, zachowujące się tak niezwykle, mogą wskazywać na pochodzenie nerwowe nowotworów, — barwił Unna w tensam sposób preparaty rdzenia i wykazał, że głównie istota biała w stanie prawidłowym nadziana jest wolno leżącemi ciałkami, które dają tosamo oddziaływanie, co komórki tuczne. Na mocy oddziaływania barwnikowego uważa ten autor tak w jednym, jak w drugim przypadku istotę w ten sposób się barwiącą za istotę śluzową *(mucinöse Substanz)*. Mamy zatem nowy szczegół z obrazu histologicznego, który przemawiałby także za teoryą pochodzenia nerwowego.

Budowa anatomiczna zatem popierałaby prawie we wszystkich szczegółach przypuszczenie, że mamy do czynienia w tej sprawie z nowotworami, powstałymi z otoczek łącznotkankowych nerwów skóry, najprawdopodobniej w miejscu, w którem wraz z naczyniami wchodzą w skórę właściwą. Powyższy obraz histologiczny w tym przypadku sprzeciwiałby się nawet temu zapatrywaniu Recklinghausena, na które i wielu innych autorów się godzi, że tkanka takiego nowotworu powstawać może z tkanki łącznej, otaczającej gruczoły i torebki włosowe. Przeciwko tej ostatniej teoryi przemawiałby przedewszystkiem rodzaj tkanki, mającej, jak wspomniałem, swe odrębne cechy, a następnie i jej stosunek do przewodów w skórze. Przypuszczaćby bowiem należało, że, — gdyby w tworzeniu nowotworu brała czynny udział także tkanka, otaczająca części dodatkowe skóry, zawierająca odżywiające je naczynia, — musiałyby wystąpić wyraźne zmiany w gruczołach i torebce włosowej. Tymczasem obraz histologiczny nie wykazuje takich zmian, a w skrawkach, zawierających te przewody, widać je najczęściej odsunięte na zewnątrz, ale niezmienione. W guzku dużym (z pośladka) znalazłem w środku jego gruczoł potny, o kłębku inaczej zwiniętym, otoczony tkanką nowotworową, ale prawie niezmieniony. Przewody o różnych przecięciach były od siebie odsunięte znaczniej, niż w stanie prawidłowym, ale ściany miały owe osłonki: warstwę mięsną i włókna elastyczne. Z tych właśnie względów nie przypuszczam, aby tkanka, otaczająca gruczoły, brała udział w czynności nowotworzenia, a sądzę, że zachowuje się biernie przy naporze ze strony nowotworzącej się tkanki. Jestto sprawa mniejszej wagi co do samego sposobu powstawania cierpienia, bo w każdym razie byłaby to sprawa następowa, powstała skutkiem rozrostu pierwszego rodzaju tkanki (otoczek nerwowych), — ale mająca znaczenie dla następstw choroby, bo przez rozrost tkanki okołogruczołowej nastąpiłby chyba w końcu zanik gruczołów, jak się to dzieje z nerwami, — a tego ani klinicznie, ani histologicznie wykazać nie można.

Chcąc wskazać na prawdopodobną przyczynę choroby, trzeba wziąść pod uwagę przedewszystkiem początek jej rozwoju. Wielu autorów opisuje odziedziczenie tego cierpienia, — inni wspominają, że było wrodzone lub przynajmniej odnoszą początek jego do bardzo wczesnego dzieciństwa. Jeżeli się uwzględni dalej ogólny stan takich chorych: zazwyczaj upośledzony rozwój fizyczny, a czasami i duchowy, w niektórych przypadkach zboczenia czynnościowe nerwów, lub choćby tylko dość znaczną zazwyczaj neurastenię, — wreszcie — jeżeli się doda plamy barwikowe na skórze, które bywają w tych przypadkach najczęściej wrodzone, a obok tego tak często towarzyszące brodawczaki miękkie i naczyniowe *(naevus mollis et vasculosus)*, — to nasuwa się bardzo prawdopodobne przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z jakąś wadą rozwojową ustroju. Cierpienie to zatem wlą좋czyćby należało, jak to czyni n. p. Hallopeau, do dużej grupy wad rozwojowych *(dystrophie congénitale de la peau)*, a w szczególności do brodawczaków miękkich *(naevi molles* wedle określenia Unny). Zarówno zatem ze względu na podobieństwo kliniczne postaci i całego przebiegu choroby porównaćby można te wielokrotne włókniaki nerwowe z t. zw. *xeroderma pigmentosum Kaposi*, — chorobą występującą także w wieku młodym i cechującą się pojawianiem się nowotworów, chociaż innego rodzaju, bo rakowatych, obok plam barwikowych i brodawczaków. To ostatnie cierpienie zdaje się polegać na tejsamej zasadzie pewnych wrodzonych własności skóry, jak i włókniaki nerwowe, a zatem powinnoby należeć do tejsamej grupy.

Poczuwam się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania WP. Prof. W. Reissowi za odstąpienie mi niniejszego przypadku i ułatwienie w pracy.

Piśmiennictwo. Adenot: Plexiformes Neurom. (Lyon méd. 1895. 12). — Adrian: Neurofibromatose u. ihre Komplikationen. (Beitr. z. klin. Chir. XXXI. 1). — Alexander: Multiple Neurofibrome. (Tow. derm. wrocławs. 1902). — Audry: Sur un cas de neurofibromatose avec scoliose. (Tow. derm. paryskie 1901. 3). — Audry i Fabre: Sur un cas de neurofibromatose génér. d'origine nerv. (Gaz. hebd. d. méd. 1892). — Audry i Lacroix: Neuromes plexiformes. (Lyon méd. 1891). — Bardach: Molluscum fibros. (Tow. lek. berlins. 1886). — Bennati: Un caso di malattia di Reckl. (Acad. d. Sc. med. et nat. Ferrara 1901). — Brigidi: Multiple Neurofibrome d. perifer. Haut- und Muskelnerven mit Fibroma moll (Monsh. f. pr Derm. XJX. 4. 5). — Briquet i Chérigie: Neuro-fibromatose génér. acqu. (Journ. d mal. cut. et syph. 1898). — Bronson: Neurom d. Haut d. Unterschenkels. (Tow. derm. New York 1890. — Caille du Bourguet i Legrain: Observation de fibrom. moll. génér. (Tow. derm. franc. 1893). — Campana: Ueb. einige neurotische Dermatosen. Genua 1885. — Cawardine: Molluscum fibr. kompl. mit Neurom. (Lancet 1899). — Chauffard: Dermofibromatose pigment. (Tow. lek. szp. Paryża 1896). — Chipault: Deux cas de neurofibromatose plexiforme de cuir chevelu. Trib. méd. 1896. — Cimmino: Su di un caso di fibromi multipli cutanei con metamorphosi sarcomatosa. (Giorn. ital. della mal. ven. et d. pelle 1891. 3). — Collet i Lacroix: Malformation congénitale de la face et du crâne, avec elephantiasis des parties molles. (Gaz. hébr. de méd. et chir. 1893). — Daulos: Dermato-fibromes général. (Tow. derm. parysk. 1900). — Delore: 1) Neurofibromatose cutanée avec xanthome profond du bras droit. (Gaz des hôp. 1896). — 2) Ein neuer Fall v. Neurofibromatose. (Lyon méd. 1897. 15). — Desquin: Molluscum pendulum (Annal. d. la Soc. d. méd. Anvers. 1891. — Düh-

ring: E Fall v. Neuroma cutis dolorosum. (Int. Atlas d. selt. Hautkr. Z. XII). — Du Mesnil: Beiträge z. Anatomie u. Aetiologie einiger Hautkrankh. (Tow. przyrod. lek. w Würzburgu 1890). Feindel: Sur 4 cas de neurofibrom. général. Thèse. Paris 1897. — Feindel i Oppenheim: Ueb. d unvollständigen Formen d. Neurofibrom. (Arch. gén. de méd 1898). — Fox: Multiple pigment. Neurofibromata des Recklinghausen'schen Typus. (Tow. derm. Londyn 1900) — Garré: Ue secundär maligne Neurome. (Beitr. z. klin. Chir. T. IX. 3). — Girard: Umwandlung d. Mollusca u Naevi in Sarcome u. Epitheliome (Daupt. méd. 1898). — Hallopeau: 1) Neurofibromes multiples (Tow. lek. szpitala św. Ludwika 1889). Sur un nouveau cas de naevi fibromateux (maladie d. Recklingh.) (Tow. derm. Paryż 1901). — Hallopeau i Leredde: Dermatologie. Paris 1900. — Hansemann: Multiple Neurome u. Fibrome. (Tow. lek. berlińs 1895). — Hasselbeck: Ue. multiple congenit Fibrome d. Haut Diss. München 1891. — Haushalter: Un cas de neurofibromatose compliq. des phenomènes spinaux et difformation considerable de la colonne vertébrale. (Nouv. iconogr de la Salpetrière 1900. — Heidingsfeld: Ein Fall v. Neurofibromen der Haut. (Amer. Journ. of Derm. 1900. 4). — Heller: Neurofibromatosis (Tow. derm. berlins. 1899). — Jaqueau: Plexiformes Neurom. (Lyon méd. 1895). — Jarisch: Die Hautkrankheiten. Wien 1900. — Jeanselme: Étude histolog d'un cas de maladie d. Recklinghausen. (Tow. derm. paryskie 1998) — Kaposi: Fibrome. (Tow. lek. wiedeńs. 1892). — Klotz: Fibroma moll. (Tow. derm. New-York 1896). — Kohtz: E. Fall v. multipl. Fibromen d Haut. (Diss. Königsberg 1893). — Köbner: Neurofibrome. (Virch. Arch. 1883. 93) — Königsdorf: E. Fall v. Fibr. moll. multipl Diss. Würzburg 1899. — Kracht: Molluscum fibros (Tow. derm. w Moskwie 1898. — Kriege: Ue. d. Verhalten d Nervenfasern in d. multiplen Fibromen d. Haut und Neurofibromen Diss. Göttingen 1890. — Lerefait; Aberration morphologique des néoplasies et particulièrement du fibroma moll. Paris 1885. — Lewy i Ovize: De la neurofibromatose général. (Gaz. des hôp. 1899). Loewenstein: E histolog Beitrag z. Lehre v. Fibroma moll Diss. Würzburg 1891. — Malherbe: Neurofibromatose génér. (Journ. de mal. cut. et syph. 1901. 9). — Marie i Couvelaire: Neurofibromatose générale (Tow. lek. szpit paryskich 1899). — Meslet: Contribution à l'étude des névromes plexiformes. Thèse. Bordeaux 1892. — Merken: Beitrag z Kenntniss d. Fibroma moll. (Wien. klin. Woch. 1899). — Modrzejewski: Fibromes mollusques congénitaux. (Gaz. hebd. 1882). — Moses: Hereditäre multiple Fibroma molle mit Elephantiasis mollis (Tow. lek. berlińs. 1990). — Moynihan: E Fall v. Neurofibrom univers. mit Pseudoneurom d. Vagus. Lancet (1901). — Mowat: E. Fall v. Mollusc. fibr. Scott Med. and surg. Journ. 1898. — Nankiwell: E. Fall v. multiplem Fibrom. (Lancet 1899) — Oriot: Contribution à l'étude de la neurofibromatose. Thèse. Paris 1897. — Payne: 1) Molluscum fibr. u. multiple Fibroneurome. (Tow. patolog londyńs. 1887. — 2) Ue. e. Fall v. Molluscum fibr. mit Neurofibrom. (Brit. med. Journ 1889) — Petersen Fibroma moll. (St Petersb. med. Woch. 1899). — Philippson: Univers. Pigmentose mit molluscoiden Neurofibromen. (Münch. med. Woch 1893). — Picqué: Contribution à l'étude des nevromes plexiformes. Thèse. Lyon 1894. — Pilliet i Manelaire: Beitrag z. Studium d. Molluscum simplex (Journ. d. mal. int. et syph. 1893) — Pomorski: E Fall v. Rankenneurom d. Intercostalnerven m. Fibr. moll. u. Neurofibromen. (Virch Arch. T. 111). — Ramond: Neurofibromatose (Tow. anatom w Paryżu 1896). — Rille: 1) Fibroma mollusc (Tow. derm. wiedeńs 1897). — 2) Fibroma moll. (Tow. nauk. w Insbruku 1901). — Recklinghausen: Ue. d. multiplen Fibrome d Haut u. ihre Beziehung z d. multipl. Neuromen Berlin 1882. — Rolleston Ein Fall von Recklingh. Krankheit kompl. durch sarkomatöse Gewächse d. Plexus brachialis (Lancet 1899). — Schwimmer: E. Fall v. Molluscum fibr. univers. (Tow derm. węg. 1897. — Severé: Einige Fälle v. multiplen Fibromen d Haut (II zjazd włosk. lek. w Rzymie 1895). — Shervell: Molluscum fibros (Tow. derm. w Broklyn 1893). — Smith W. G.: E Fall v. grossem Fibroma moll. (The Brit. Journ. of Derm. 1896). — Soffiantini: Contribution à l'étude du tissu elastique dans les néoplasies fibreuses de la peau. (Arch. d. méd. exper. et anat. pathol. 1893). — Soldan: Casuist. Beiträge z. Lehre d histogenet. Einheit d. Neuromata, Fibromata moll u. d. Elephantiasis congen. neuromatodes. Diss. 1886 — Tailhefer: Multiple congenit Hautfibrome. (Progr. méd. 1897). — Tannhauser: Weiche mult. Fibrome. (Tow. derm. berlins. 1897). — Tappey: Fall v. multipl. Molluscum fibr. (Journ. of cut. and genit. urin. Dis. 1899). — Taylor: Entwickelung u. Verlauf v Mollusc. fibros. (Journ. of cut. and gen. urin Dis. T. V). — Thomsen: 1) Ueber Neuroma u. Neurofibromatosis. Edinburg 1900. — 2) Neurofibroma moll. (Hospil. Tid. 1898). — Thomson: Ue. Neurofibromatosis u. Tumoren in Beziehung z Nerven. (Brit. med. Journ. 1896). — Unna: 1) Neurofibromen (Tow. lek. w Hamburgu 1893). — 2) Ue. mucinartige Bestandtheile d. Neurofibrome u. d. Centralnervensystems. Monsh. f. pr. Derm 1894 XVIII 2). — 3) Histopathologie. Berlin 1894. — Westphalen: Multiple Fibrome d. Haut d. Nerven u. Ganglien m Uebergang in Sarcom. (Virch. Arch. 114). — Whitehouse: Neurofibromatose généralisée. (Tow. derm. New-York 1899).

III. Wyciągi.

Michaelis. **O postaciach degeneracyjnych pneumokoków w wysiękach opłucnowych.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr 20, 1902). W trzech surowiczych wysiękach opłucnowych znalazł autor przy badaniu bakteryologicznem znaczną ilość tworów morfologicznych w postaci krótkich, nieregularnych laseczek, o brzegach zaokrąglonych, które przy barwieniu błękitem metylowym Löfflera okazywały w środku plamki nie barwiące się; niektóre z tych tworów miały zgrubienia kolbkowate na końcach, niektóre zaś obrysy zatarte. Hodowle agarowe dawały zawsze wynik ujemny. Te trzy przypadki różniły się bardzo między sobą co do obrazu chorobowego, a mimoto znajdowano zawsze wyżej opisane twory. To nakłoniło autora do szczegółowego badania wszystkich zapaleń opłucnej, które mu tylko pod rękę wpadły. W jednym z następnych przypadków znaleziono znów te twory obok typowych pneumokoków, a hodowle, szczepione na różnych pożywkach, dawały wynik ujemny. W następnych 10-ciu przypadkach spostrzegał autor wszystkie postacie przejściowe od typowego pneumokoka aż do owych opisanych tworów i przekonał się, że pneumokoki, ulegając bakteryolizie, tracą osłonkę i ostre obrysy, końce ich ulegają zgrubieniu kolbkowatemu. Przez dalszą przemianę wytwarzają się laseczki o bokach zaokrąglonych, zatartych obrysach z jasnym punktem w środku. Klasycznym jest przypadek, gdzie zapalenie opłucnej było obustronne: po jednej stronie był wysięk początkowo surowiczy, potem uległ zropieniu, a zawierał dużo żywotnych bakteryj: po drugiej stronie zaś pozostał wysięk surowiczym i oprócz pneumokoków, ale już nie dających się hodować, były i te twory i wysięk uległ wessaniu. Mamy tu do czynienia z walką między bakteryami a cieczą surowiczą: jeśli bakterye mają przewagę, to wysięk przechodzi z surowiczego w ropny, bo na silny atak bakteryj zaczyna działać silniej opłucna: — w przeciwnym razie zaś działa wysięk (ciecz surowicza) bakteryolitycznie i wtedy mamy te opisane twory. Autor streszcza w końcu swą pracę w trzech twierdzeniach: 1. w wysiękach opłucnowych ulegają pneumokoki wraz z obumieraniem przemianom, które są powodem, iż te przedstawiają się nam jako twory laseczkowate; 2 uwzględniając to, znajdujemy w surowiczych wysiękach o wiele więcej pneumokoków, niż zazwyczaj; 3. istnieją także i gruźlicze wysięki z postaciami degeneracyjnemi pneumokoków.

B. Żmigród.

Manasse. **Dwa przypadki odosobnionego schorzenia gośćcowego stawów szczęki dolnej.** (*Münchener med. Wochenschtift* Nr. 20, 1902). Przed niedawnym czasem opisał Hahn jeden taki przypadek; autor podaje dwa, a trzeci spostrzegał już przy korekcie swej publikacyi. Zapalenie gośćcowe tych stawów charakteryzuje się z obrzękiem, zaczerwienieniem i bólem koło ucha, tak znacznym, że może naśladować chorobę uszną; dopiero ścisłe badanie, ujemny jego wynik i niemożność żucia naprowadza nas na dobre rozpoznanie. Zazwyczaj bywają zajęte stawy szczęki dolnej po obu stronach, jakkolwiek Hahn wspomina tylko o jednostronnem zapaleniu. Ciepłota ciała bywa podwyższoną, tętno przyspieszone. Rozpoznanie potwierdza także dobry wynik leczenia, które polega na podawaniu aspiryny w ilości 0,50 co 3—4 godzin.

B. Żmigród.

Voss. **Trzy przypadki zapalenia mózgu w przebiegu zapalenia ucha środkowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Oppenheim zwrócił uwagę na częstość jednoczesnego zapalenia ucha środkowego z zapaleniem mózgu i wyraził zdanie, że zapalenie ucha środkowego jest przyczyną zajęcia mózgu. W przypadkach Oppenheima wśród ogólnych objawów mózgowych na pierwszy plan występowała niemota ruchowa, porażenie nerwu twarzowego i kończyny górnej po stronie prawej. W jednym przypadku Oppenheim miał sposobność stwierdzić mikroskopowo zmiany w mózgu, które odpowiadały objawom spostrzeganym za życia: zmiany te przedstawiały się w postaci cienkiej blizny. W przypadku tym ogniskowe objawy, które istniały z początku choroby, wyrównały się zupełnie.

Autor opisuje trzy własne przypadki zapalenia mózgu w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego; dwa przypadki były po lewej stronie, a jeden po prawej; ostatni przypadek skończył się śmiercią. W dwóch pierwszych przypadkach stwierdzono niemotę: w jednym była niemota ruchowa, w drugim więcej czuciowa: w przypadku tym chory tylko powoli uczył się napowrót mówić; obcego języka, który znał, zapomniał zupełnie. W obydwóch przypadkach autor z powodu choroby usznej robił trepanacyę i ze względu na ciężkie objawy ze strony mózgu odsłonił i mózg; wtedy przekonał się o istniejącej sprawie mózgowej. Autor jest za operacyą w przypadkach ograniczonego zapalenia mózgu, choćby zapalenie nie było ropnem.

Dr. Teofil Zalewski

C. Lyman. **Chirurgiczne leczenie przewlekłego zapalenia nerek.** (*Denver & Arapahoe County Med. Soc. — Journ. of Amer. Med. Ass.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Po rozpatrzeniu bardzo ubogiego piśmiennictwa tej sprawy, a głównie pracy Edebohlsa, opisuje L. własny przypadek. Chory w lecie w r. 1900 po raz pierwszy zaczął cierpieć na bóle głowy i brak łaknienia; do tego czasu czuł się zupełnie dobrze. Wkrótce potem wystąpiły obrzęki narządów płciowych, nóg i powiek. W lutym 1901 r. po wstąpieniu do szpitala miał napady wymiotów i częściowej utraty wzroku. Choremu czterokrotnie wypuszczano płyn z jamy brzusznej. Wątroba była powiększona. Serce przerosłe: u koniuszka szmer skurczowy. Objawy mocznicowe ustąpiły pod wpływem energicznego leczenia. Mocz zawierał białko w znacznej ilości: w osadzie były wałeczki ziarniste, rozpad tłuszczowy, zwyrodniałe komórki nabłonkowe. Operacyi dokonano w lutym 1902 r.: polegała ona na zupełnem zdjęciu torebek (*decapsulatio*) z obu nerek, które okazały się zmniejszone o jedną trzecią swej wielkości. Torebki schodziły z łatwością. Cała operacya trwała godzinę i kwadrans. W ciągu doby następnej po operacyi wypuszczono przez cewnik około pół litra moczu, który nie zawierał krwi. W dniu następnym tętno i ciepłota podniosły się, a po 56 godzinach od operacyi chory zakończył życie. (Oględziny pośmiertne widocznie nie były wykonane). Fatalny koniec tego przypadku nie zniechęcił jednak autora, który gotów stosować dalej swoje doświadczenia lecznicze przy odpowiednich okolicznościach, których jednak bliżej nie określa. W przyszłości autor zamierza ściśle zdawać sobie sprawę przed operacyą, czy zajęte są obie nerki, czy też tylko jedna. Według Edebohlsa wyleczenie we wczesnym okresie dawało się osiągnąć w tych przypadkach, jeżeli choroba nerkowa była jednostronną. L. przypuszcza, że przy zajęciu obu nerek wogóle racyonalniej byłoby operować z początku na jednej nerce, a potem dopiero po kilku miesiącach, lub nawet później, na drugiej. Wreszcie stawia pytanie, czy konieczna jest zupełna dekapsulacya, czy też można osiągnąć dostateczny krwi obieg uboczny i po częściowem tylko obnażeniu nerki, jak to się robi przy nefropeksyi. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Fridman. **Los wyskoku w ustroju zwierząt.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1902). W celu zbadania losu wyskoku w ustroju zwierzęcym, dokonał F. 35 doświadczeń na królikach, które zatruwał w ciągu 2, 6, 14 i 21 dni 10% wyskokiem (prawie 3,0 na kilo wagi), lub zabijał je po jednorazowej dawce. Ilość wyskoku w narządach oznaczał sposobem Nicloux. Okazało się, że wyskok, wprowadzony do żołądka, szybko się wchłania i rozchodzi po całym ustroju. Największa część jego zatrzymuje się w mózgu, następnie w wątrobie i mięśniach. Najwięcej wyskoku zawierają narządy w 1½—2 godziny po spożyciu jego; po upływie zaś 18 godzin można zaledwie ślad wykryć. Im dłużej zwierzę dostaje wyskok, tem więcej jego zawierają tkanki. Te i następne doświadczenia, wykonane przez F. na psach, wykazują, że pierwiastki nerwowe mózgu odznaczają się osobliwemi własnościami przyciągania wyskoku, wskutek czego bywa on chętnie pochłaniany przez pierwoszczę nerwową. Tą okolicznością można wytłómaczyć przypadki, w których pod wpływem słabych i krótkotrwałych zatruć ustroju wyskokiem występują porażenia nerwowe wtenczas, gdy pierwiastki innych narządów nie przedstawiają jeszcze żadnych zmian. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Sałaskin. **Obecność w soku jelitowym psa zaczynu, rozkładającego albumozy (erepsyny Cohnheima).** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 33). W r. 1901 Cohnheim otrzymał z wyciągu błony śluzowej jelit cienkich zaczyn, rozkładający albumozę z utworzeniem produktów krystalicznych. Zaczyn ten nazwał on erepsyną. Badania Sałaskina (Petersburg) mają na celu wyjaśnić charakter działania tego zaczynu i rozwiązać pytanie, czy sok jelitowy zawiera go. Badania były przeprowadzone z sokiem jelitowym psa, operowanego metodą Thiry. Dla doświadczeń użyto amfopeptonu Kühnego, amfopeptonu, otrzymanego przez wytrawianie włóknika sokiem żołądkowym i albumoz wtórnych. Po dodaniu tych substancyj do soku jelitowego pozostawiał autor mięszanki w termostacie przez 24 godziny, następnie strącał białko przez gotowanie i dodawał do przesączu kwasu fosforo-wolframowego. Po 24 godzinach osad oddzielano przez sączkowanie, kwas fosforo-wolframowy strącano barytem żrącym, a ten ostatni CO^2 i H^2SO^4. Podczas zgęszczania otrzymanych przesączów wypadały kryształy leucyny i tyrozyny. Z przegotowanym sokiem jelitowym tych kryształów autor nie otrzymywał. Okoliczność ta świadczy, że rozkład amfopeptonów i albumoz następuje pod wpływem odrębnego zaczynu, zawierającego się w soku jelitowym. Erepsyna, otrzymana metodą Cohnheima z wyciągu błony śluzowej jelit, okazała się więcej skuteczną. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

• • •

IV. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Dokończenie).

53. Bossowski: **Przypadki rozległych naczyniaków limfatycznych** (przedstawienie chorych).

54. Zaremba: **Przyczynek do nauki o perlakach czaszki.** Prelegent opisuje przypadek perlaka, który ujawniał się na zewnątrz jako guz półkulisty na skroni ponad zewnętrznym łukiem oczodołu, otoczony dokoła wałem kostnym, powstały w 12-tym roku życia i od tego czasu rosnący powoli aż do wielkości kurzego jaja. Rozpoznanie wahało się między przepukliną oponową, skórzakiem, a względnie „endermoidem". Przy operacyi okazało się, a co stwierdziło mikroskopowe badanie, że był to żółciolojak, umiejscowiony w istocie gąbczastej kości czaszki, rozszczepiający blaszki szkliste (laminae vitreae), wypuklający wewnętrzną blaszkę ku wnętrzu czaszki i niszczący ją w dwóch miejscach na małej przestrzeni. Przypadek ten po operacyi doszczętnej zakończył się zupełnem wyzdrowieniem i żyje trzeci rok bez żadnych dolegliwości. (*Str. wł.*).

Dyskusya: Barącz jest tego zdania, że powinno się w tych przypadkach robić nietylko antrotomię, ale i atykotomię, gdyż perlaki najczęściej biorą początek z przewodu słuchowego.

Bossowski sądzi, że czasem sprawa ta jest tak uporczywa, że ani antro-atykotomia nie wystarcza.

Kader dodaje do wykładu, iż przypadek ten jest unikatem. Zawartość torbiela pod mikroskopem składała się przeważnie z kryształów cholestearyny i tylko niewielkiej ilości z ciałek rozpadowych i tłuszczu.

55. Rydygier: **Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca?** R. nauczony doświadczeniem poleca gastroenterostomię Hackera, a jeśli tego zrobić nie można, to gastr. Rouxa. W jednym przypadku, gdzie była masa zrostów w tylnej ścianie żołądka, zrobił gastroenterostomię Wölflera, lecz musiał z powodu wymiotów kałowych i zaparcia stolca drugi raz otworzyć jamę brzuszną i stwierdził, że pętla anastomozująca uciskała poprzecznicę.

56. Rydygier: **Jak należy usunąć ewentualne zwężające zaciśnięcie poprzecznicy przez uniesioną pętlę przy** *gastroenterostomia antecolica* **Wölflera?** Jest to dalszy ciąg wykładu poprzedniego. Aby zwolnić uciśnioną poprzecznicę rozciął R. u podstawy krezkę pętli jelita cienkiego, bacząc przytem na to, by nie uszkodzić żadnego z naczyń krwionośnych.

57. Kader: **O leczeniu uwięźniętych przepuklin w klinice krakowskiej.** K. resekuje doraźnie tylko wyjątkowo. Wogóle postępuje tak, jak to oświadczył na jednym z poprzednich Zjazdów, że w razie istniejącej lub podejrzanej zgorzeli jelita zakłada śródbrzusznie anastomozę między jelitem do- i odprowadzającem. Część obumarłą jelita pozostawia w miejscu (naturalnie po przecięciu uciskającego pierścienia. Połączenie pomiędzy do- i odprowadzającem jelitem powyżej uwięźnięcia i możność oswobodzenia zawartości powyżej uwięźnięcia leżącej części przewodu jelitowego przez otwory w jelicie wskutek obumarcia, są wynikiem dodatnim tego postępowania. Zabieg daje się bardzo szybko uskutecznić nawet u osób bardzo ciężko chorych, łączy jednocześnie dodatnie strony resekcyi i połączenia doraźnego jelita do- z odprowadzającem zapomocą szwu i rzyci sztucznej. Śmiertelność jest mniejsza, niż przy wszystkich innych sposobach postępowania. Wynosiła ona 16% wówczas, kiedy w innych klinikach dochodziła do 30% i więcej (Mikulicz 54,28% śmiertelności). Po odpadnięciu zgorzelinowej części i zjawieniu się zdrowej ziarniny przetoki goiły się samoistnie; czasem trzeba było je zaszywać. (*Streszczenie własne*).

Dyskusya: Oderfeld zwraca uwagę, że zamiast obcych wyrażeń można mówić «resekcya doraźna« i »następcza«.

Barącz miał przypadek, gdzie wyciął z powodu zgorzeli dwa metry jelita i wsadził guzik roślinny; zgorzel poszła mimoto dalej i chory umarł.

Herman podaje przypadek z kliniki lwowskiej, gdzie uwięźnięte było jelito wstępujące, a po rozszerzeniu przewodu wypadła obumarła pętla jelita cienkiego. Chory umarł.

Kader resekuje jelito, gdzie się da, a gdzie nie można robić entero-anastomozy, wtedy zakłada guzik Chlumskyego.

58. Zawadzki: **Trzy przypadki całkowitego wycięcia zwoju Gassera.** Z. podaje trzy przypadki wycięcia zwoju Gassera z powodu nerwobólu nerwu trójdzielnego, wykonane metodą Krausego. W drugim i trzecim przypadku było krwawienie dość znaczne. We wszystkich trzech przypadkach przedarto oponę twardą. Pierwsza była dwuczasowa, w drugiej, z powodu krwotoku, operowano na trzech posiedzeniach, trzecia była jednoczasowa.

Dyskusya: Kader operował trzy przypadki, wszystkie ze szczęśliwym wynikiem. Operuje zawsze jednoczasowo; krwotok można wstrzymać przez tamponadę, chociażby kilkunastominutową. Dla skutecznego wyrwania zwoju powinna być opona twarda wokoło przecięta. Jest stanowczo za operacyą.

Ciechanowski zwraca uwagę na to, że podane przez prelegenta zmiany anatomiczne komórek zwoju Gassera nie są wogóle charakterystyczne i nie dochodzą nawet do tego stopnia, któryby je pozwalał uważać za patologiczne.

Sawicki radzi przed operacyą próbować w przypadkach nerwobólu leczenia światłem metodą Finsena.

Rutkowski przypomina dwa przypadki operowane przez Obalińskiego, z których jeden (przedstawiony w krak. Towarz. lekarsk.) z wynikiem dobrym, drugi skończył się śmiertelnie z powodu zapalenia opon mózgowych.

59. Zawadzki: **Dwa przypadki wypadnięcia odbytnicy, operowane sposobem Thierscha.** Z. zastosował w dwóch przypadkach sposób Thierscha: (oprowadza się pod błoną śluzową prostnicy gruby drut srebrny) i jest z tych dwóch przypadków bardzo zadowolony.

Dyskusya: Bossowski ma dwadzieścia kilka przypadków tej operacyi u dzieci z wynikiem bardzo dobrym.

Oderfeld robi u dorosłych *colopexis* z dobrym wynikiem; sądzi, że możnaby popróbować drut zastąpić parafiną.

Wachtel robił tę operacyą dwa razy, lecz tylko raz (u starego mężczyzny) ze skutkiem.

Górski operował w kokainie i chorzy byli zadowoleni.

60. Sawicki: **Przyczynek do plastyki nosa podług sposobu Israela.** S. pokazuje fotografie chorych przed i po operacyi Israela, polegającej na tem, że u chorych z nosem siodełkowatym wsuwa się pod skórę grzbietu nosa blaszkę kostną wraz z okostną z kości piszczelowej. Wyniki po tej operacyi są bardzo dobre.

Dyskusya: Kader zrobił raz wstępną operacyą podług Israela-Königa w celu utworzenia lemiesza. W ciągu $1^1/_2$ roku kość wzięta z czoła zupełnie uległa wessaniu.

61. Wehr: **Przypadek wielokrotnego raka twarzy.** Raki wielokrotne twarzy nie należą do rzadkości. Dawniej przedstawił W. już trzy przypadki. Przypuszcza, że przyczyną tego może być *seborrhoa senilis*, przy której skóra przygotowaną jest do takiego zakażenia. Te przypadki przemawiają za zakaźnością raka. W. pokazuje fotografie z takich przypadków.

62. Sawicki: **Radykalna operacya przepukliny udowej podług sposobu Trendelenburga.** S. poleca sposób Trendelenburga, polegający na tem, że w przypadkach przepuklin udowych o bardzo szerokiej bramie zamyka się tę bramę blaszką, złożoną z kości i okostnej, wyciętą z gałęzi poziomej kości łonowej, a pozostającej na szypule. Z czasem, choćby nawet kość ta uległa wessaniu, to przez czas ten wytwarza się blizna, zamykająca bramę przepuklinową.

Dyskusya: Bossowski ostrzega przed operowaniem sposobem Witzla, gdyż w miejsce zamkniętej operacyą przepukliny udowej wytwarza się śródmiąższowa.

Zawadzki porusza myśl leczenia przepuklin parafiną według Gersunyego.

63. Chlumský: **Zastosowanie blaszek magnezyowych do leczenia zrostu stawów.** Prelegent zwraca uwagę na to, że zrosty stawów trudno jest wygoić. Zbierał materyał w klinice wrocławskiej w kierunku zesztywnień stawu kolanowego i znalazł, że w przeciągu 10 lat ani jeden przypadek zupełnie się nie wygoił, pozostawała sztywność. Robił doświadczenia na zwierzętach i szukał metody leczenia tej sztywności stawów. Między innemi wstawiał w stawy zrośnięte albo zresekowane blaszki magnezyowe, lub z innego materyału. Wyniki, jakie osiągnął na zwierzętach, były dobre. Dlatego też spróbował w trzech przypadkach na człowieku, a i tu w dwóch przypadkach wynik był dobry, w trzecim nieznany, bo go Ch. stracił z oczu.

Dyskusya: Kader zaznacza, iż sposób ten ma przyszłość przed sobą.

Chlumský dodaje, że z blaszek magnezyowych pozostaje biała masa, czasami i torbiele gazowe, które można strzykawką wydostać.

Krvński sądzi, że wobec tego, iż płytka ulega wessaniu, a więc działa tylko czas jakiś, nie opłaca się wprowadzać w staw ciała obcego. Lepiej trzeć jedną kość o drugą i w ten sposób wywołać ruchomość, a z czasem wytworzy się *cartilago fibroidea*.

Chlumský podziela to zapatrywanie, ale chorzy nie chcą się na to leczenie godzić.

64. Kader: **Demonstracye preparatów anatomicznych.** K. przedstawia dwa preparaty z dziedziny chirurgii nerek, mianowicie 1) raka siatkowatego (*carcinoma alveoleare*) nerki wyciętej z powodzeniem u mężczyzny, który miał obok tego i chorobę Basedowa; 2) nerkę gruźliczą, wyciętą u młodej kobiety z wynikiem pomyślnym. W końcu pokazuje K. rurkę z drenu, której przy tracheotomii użył zamiast kaniuli, zmuszony koniecznością, także z dobrym skutkiem.

65. Bossowski: **Przedstawienie dziecka z wadą wrodzoną.** U dziecka schodziły się z czoła ku nasadzie nosa pomiędzy szeroko rozstawionemi oczyma grube fałdy skórne, które B. wyciął. Co to było? nie umie powiedzieć.

Przewodniczący prof. Rydygier zaznacza, że Zjazd w całej pełni tego słowa się udał, już to bogactwem treści, jak też ilością odczytów, za co uczestnikom i gościom Zjazdu serdecznie dziękuje. Prosi tylko o to, by członkowie zechcieli tematy odczytów wcześniej podawać, by je można było ugrupować i oznaczyć czas trwania obrad: dwa lub trzy dni.

Jako tematy do obrad ogólnych podano:

1) Leczenie chirurgiczne chorób dróg żółciowych i
2) Leczenie doszczętne przepuklin.

* * *

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

XXI. posiedzenie Wydziału dnia 5 czerwca 1902.

Petycyę lekarzy z Bóbrki w sprawie lekarzy sądowych przekazano referentowi do przestudyowania. Nad wnioskiem zgłoszonym przez jednego z kolegów w sprawie przestrzeżenia publicznie abituryentów przed zapisywaniem się na medycynę przeszedł Wydział po dłuższej dyskusyi do porządku dziennego. Uchwalono, że Wydział podejmie inicyatywę akcyi przedwyborczej w sprawie rozpisanych wyborów do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej i wybrano komitet przygotowawczy, złożony z 3 członków. W końcu załatwiono kilka spraw poufnych «Oddziału należytości». (Streszczenie protokołu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

XXII. posiedzenie Wydziału dnia 17 lipca 1902.

Na wniosek skarbnika uchwalono wyjąć 2500 kor. z pocztowej kasy oszczędności i złożyć w banku krajowym dla uzyskania większego procentu. Wdowie po kol. R. przyznano tytułem zapomogi 100 kor. — Wydział przeszedł do porządku dziennego nad wnioskiem, postawionym na II Walnem zgromadzeniu przez jednego z kolegów, aby co roku odbywały się 2 Walne zgromadzenia i to na przemian: w Krakowie, we Lwowie i Czerniowcach. Na posiedzeniu poufnem załatwiono kilka spraw »Oddziału należytości«. (Streszczenie protokołu).

Dr. Langie, I sekretarz.

XXIII. posiedzenie Wydziału dnia 3 listopada 1902.

Przedłożony przez skarbnika bilans roczny przyjęto do wiadomości. Przyjęto dalej 3 referaty w sprawie Kas chorych i uchwalono wnioski, jakie w tej sprawie zostaną przedłożone przez Wydział III mu Walnemu zgromadzeniu. Uchwalono wypracować projekt regulaminu, utworzyć się mającej przy Towarzystwie Kasy pogrzebowej. Postanowiono zwołać III Walne zgromadzenie dnia 21 grudnia b. r. Polecono sekretarzowi, aby tegoroczne sprawozdanie zredagował możliwie krótko i treściwie, a natomiast dołączył kompletny spis członków Towarzystwa. (Streszczenie protokołu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

XXIV. posiedzenie Wydziału dnia 24 listopada 1902.

Przyznano wdowie po kol. B. tytułem zapomogi 200 kor., chociaż mąż jej nie był członkiem Towarzystwa sapom., a to ze względu, że przypadek jest rzeczywiście wyjątkowym w swym tragizmie. Uchwalono 3 referaty w sprawie lekarzy sądowych i kolejowych, które mają być przedłożone III-mu Walnemu zgromadzeniu. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie roczne Komisyi prasowej Towarzystwa. Uchwalono przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu szereg projektowanych zmian w statucie i projekt regulaminu Kasy pogrzebowej. Na zaproszenie, przysłane przez »Verband der Aerzte Wiens« do wzięcia udziału w wiecu ogólnolekarskim, mającym się odbyć w Wiedniu podczas świąt wielkanocnych w roku przyszłym, uchwalono odpowiedzieć, że Towarzystwo weźmie w nim udział przez wysłanie delegatów, których wyznaczy nowy Wydział, wybrany na najbliższem Walnem zgromadzeniu, mającem się odbyć 21 grudnia b. r. (Streszczenie protokołu).

Dr. Langie, I sekretarz.

* * *

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23. grudnia.

* Towarzystwo samopomocy lekarzy odbyło d. 21. b. m. III Walne zgromadzenie. Szczegółowe sprawozdanie ogłosi sekretarz Towarzystwa. Do zarządu na rok 1903 weszli: prof. Dr. Jordan (prezes), doc. Dr. Braun i Dr. Bogdanik (wiceprezesi); Dr. Langie i Dr. Weinsberg (sekretarze); Dr. Słapa (skarbnik). Do wydziału wybrani zostali: Dr. Schöngut, Dr. A. Schwarz i Dr. Steuermark; do Komisyi kontrolującej: Dr. Bielański, Dr. Bernadzikowski i Dr. Schaitter; do Sądu polubownego: Dr. Aronsohn, Dr. Cercha, Dr. Flis, prof. Dr. Łazarski i Dr. Woynarowski.

* Dr. Edmund Biernacki, zaszczytnie znany pisarz i badacz, habilitował się we Lwowie do wykładów z zakresu patologii ogólnej i doświadczalnej. Wykład habilitacyjny poświęcił prelegent tak ważnemu i zajmującemu przedmiotowi, jak »Istota niedokrewności«.

* Prezesem nowopowstałego Towarzystwa lekarskiego w Radomiu wybrany został Dr. Julian Majkowski.

* Rada zdrowia m. Lwowa ma się zająć na najbliższem posiedzeniu zamierzonem zaprowadzeniem dwurazowej nauki szkolnej. W zamiarze wszechstronnego zbadania tej doniosłej reformy postanowiła Rada zaprosić do udziału szereg znawców z poza swego grona.

* Od stycznia 1903 r. wchodzi w życie nowa taksa leków, która nie wiele różni się od poprzedzającej. Podwyższono taksę 19 przetworów, a obniżono 39.

* Lekarze peterburgskiej kliniki chorób umysłowych i nerwowych postanowili uwiecznić pamięć »ojca rosyjskiej psychiatryi« ś. p. prof. Balińskiego i w tym celu uchwalili: 1) odbywać coroczne zgromadzenie lekarzy kliniki, poświęcone pamięci prof. Balińskiego; 2) w muzeum kliniki urządzić osobny oddział, zawierający przedmioty, odnoszące się wyłącznie do osoby zasłużonego psychiatry; 3) w bibliotece kliniki urządzić osobny oddział im Balińskiego, w którym będą umieszczone książki i rękopisy, ofiarowane przez rodzinę zmarłego; 4) złożyć żelazny fundusz im. Balińskiego, którego podstawą będzie kapitał, ofiarowany na ten cel przez rodzinę zmarłego; 5) zawiesić w klinice artystyczny portret zmarłego; 6) wydać szczegółową biografię zmarłego profesora, czego się podjął Dr. Karpiński, a w audytoryum kliniki postawić jego biust.

Nikołajowski szpital wojskowy w Petersburgu czyni starania w celu wystawienia pomnika dla ś. p. prof. Balińskiego, jako wielce zasłużonego w rozwoju tego szpitala, oraz o nazwanie przylegającej ulicy imieniem Balińskiego.

* *Royal College of Surgeons* obchodzi uroczyście 50-tą rocznicę przyjęcia lorda Listera na członka zwyczajnego. Redakcya «Britisch medic. Journal« wydała numer jubileuszowy, do którego weszły rozprawy najznakomitszych chirurgów europejskich, przez co uroczystość ta nabrała cechy międzynarodowej.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLIX (30—XI—6—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94·057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 9, urodziło się dzieci 56, zmarło osób 48, mianowicie: z gruźlicy płuc 12 (7 zam.), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z błonicy 1, z płonicy 3 (1 zam.), z czerwonki 1(zam.), z cholery niemowląt 1.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Massini Mayenrock, prof. farmakologii w Bazylei.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (dok.). Legeżyński: Oczyszczanie wód kanałowych.

— *Przegląd felczerski* Nr. 24. O złamaniach (c. d.). Główniejsze zjawiska w organizmie matki w okresie połogowym (c. d.).

— *Lekarske rozhledy* Nr. 12. Thomayer: Úvod do studia klinického.

Liečnički Viestnik Nr. 12. Joanović: Slučaj duboke phlegmone vrata s bakteriolożkoga gledišta. Čačković: O fistulama duodena.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50. Kimla: Otázka tuberkulosy ve světle prací příslušných, od kongressu londýnského 1901 až do mezinárodní konference berlínské 1902. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy (c. d.) Haskovec: O tlaku krevním wubec a v neuse traumatické zvlášť (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 100. Enriquez i Hallion: Najnowsze nabytki dla wyjaśnienia trawienia jelitowego. Sekretyna i enterokinaza. Tremolières: Radium. Zastosowanie jego do leczenia tocznia.

— Nr. 101. Guyon: Warunki do interwencyi w chirurgii dróg moczowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Kraus: O tętniaku prawdziwym prawej zatoki Walsalwy aorty. Beckmann: Ostre zapalenia migdałków gardlanych. Dosquet-Manasse: O nadużywaniu kwasu borowego. Brat: Wpływ ciał białkowatych na krzepnięcie krwi (dok.). Hirschlaff: Surowica przeciw zatruciu morfiną i jej podobnemi truciznami (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 50. Wagner: Miąższowe zapalenie nerek w przebiegu kiły. Schreiber: Dogodny przedmiot do badań komórek tucznych. Röder: Mezotan, przetwór salicylowy do użycia zewnętrznego. Zimmermann: Przyczynek do sprawy mechaniki słyszenia. Piffl: Uwagi nad pracą Grunerta: „Nowe zarzuty przeciw nakłóciu błony bębenkowej przy leczeniu ostrego zapalenia ucha". Vanselow: Nowy sposób ogrzewania słonych kąpieli w Kissingen, zawierających gaz kwasu węglowego. Kühn: Rozpoznawcze znaczenie leukocytozy w durze brzusznym i w ropieniach chirurgicznych (c. d.). Stumpf: Sprawozdanie z wyników szczepienia limfą ochronną w Bawaryi za r. 1901.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Lorenz: W sprawie zaburzeń rośnięcia i zniekształtnień stawów w następstwie urazowego oddzielenia nasady kostnej. Schicklberger: Przyczynek do sprawy morfinowo-skopolaminowego znieczulania. Pezzoli: Przyczynek do nauki o zmianie miejscowej po wstrzyknięciu międzymięśniowem salicylanu rtęciowego. Latzko: Spostrzeganie ruchu jelit w obrazie cystoskopowym. J. Halban: W sprawie cystoskopowego spostrzegania ruchu jelit.

— *Deutsche medi Wochenschrift* Nr. 51. Fraenkel: Przyczynek do nauki o wrodzonej błonie (przeponie) w krtani. Liepmann: O surowicy swoistej łożyska ludzkiego.

Dorendorf: Przypadek myastenii złośliwej rzekomo porażennej z przebiegiem ostrym. Schorlemmer: Przyczynek do kazuistyki torbiela zaotkewnowego. Joseph i Piórkowski: Dalsze przyczynki do nauki o drobnoustrojach kiłowych c. d.).

Redakcya otrzymała. Dr. Blau: Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde. Lachs: Die Gynaekologie des Galen.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.